

MOM - C-23-01-0602

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building back of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

M10123/0048

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/01/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kalavati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

48

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Ramabai

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान या

Khamraul, Bhalliga, Loping, Bhallia, Bhingra,

Rhevi, Lakshimpur, Uttar Pradesh-224102

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास स्थान



PASTE PHOTO HERE

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000 (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थाई आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर देता हैं (जो नाथ हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / Ha

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Son	32	M	Son
2.	Amberish	30	M	Son
3.	Kalpaka	28	F	Daughter
4.	Mircha	26	F	Daughter
5.	Mircha	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विभिन्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी भेगा के लेख प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों सूची संलग्न
	Diagnosis KC - Severe Cataract
	LE - Severe Cataract
	LE SECS with Pseudo lens cap

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे और खोज से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1.	DICS	2,000/-

1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashiya Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

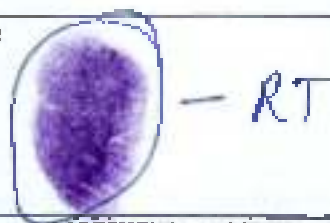
- 1) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दोरे को सभी विभागों में जनकरी को अनुमति देना एवं उन्नी है। यदि उन्हें विभाग एवं प्रगत प्रत्यक्ष पदा प्राप्त है तो वे ही प्रशासन निरस्त करे या समर्थी है।
- 2) मैं डा. के मातृका सती "सोशियल फाउन्डेशन", मे सी सी सी है, अथवा प्रयोग सभी लोग को पूर्ण से विना किम आवश्यक, को इस प्रश्न में यह नया है।
- 3) मैं मुँह जगा हूँ कि विना मातृका सेतु यह प्रयोग को नहीं है, इस प्रति का अधिक या अल्प किम पिन्ने अथ संशोधनोपकरणों को करने से न तो निष्प है और न ही प्रयोग में लाए।

11 By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Kashika Foundation and its Trustees to use/publish/post/preproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations to Kashika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kashika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting/continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Karmika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस तरह का अर्थ इसका वा अर्थों की एक श्रृंखला, यै (आवेदन) जगता समर्थि की मुक्ति कात है एवं "बोविका फाउंडेशन और समस्त नागरिकों " को आधिकृत कात है कि या नाम, अथ, फोले और बी लिफ्टन इस बात में संशय है, उसे "बोविका" एम्प नास्ती, राम, यमयमय दूर बदल्य है बुद्धि परिधिमें और जगताओं को लिखे किसी भी प्रगत सामन में प्रशंसि काले के सिद्ध अधिकृत है: जो प्राय का विवरण भी ह्यतः के पहले या बाद में करने की हिद्, "बोविका फाउंडेशन" न नास्ती आधिकृत है।
- 2) यै (आवेदन) इस बात से सहमत हैं कि नैम नाम, फा, लोले और विमण को कि एतत्ता के अर्थों को अर्थ है इसे तब: तबला का अवसर नास्ती बचता इस समर्थि में "बोविका" एम्प इसके नास्तिर्वा का विधि अर्थि और आधिकृत योग:

लाभदेक से अलावरुत यो नंगरे का गिआन



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for the grant of assistance from Kushiya Foundation, we (we/they) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Kashika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Kashika Foundation. If the requested assistance is not granted by Kashika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make do the shortfall from another NGO or any other source. This affirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Kashika Foundation is only financial in nature. The prices of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Kashika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Kashika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अर्थिक, लवणों की ओर से प्रयत्नों में "नर्मलता कायदेन" से किलि सावता हो लिगलि के जाते हैं, जिसे एन (एनएल) निय प्रका में पास न लीगा आते है।

- 1) यह कि न तो योगान और न ही पवित्र में किसी भी कारणों से संज्ञान या ऐतरी अन्तःकरण से उक्त ऐतरी-माया हेतु संज्ञानात्मा के योग है, किन्तु ही (पुनरावृत्ति) जन्म मरण के चक्र में स्वयं के स्वयं के योग है।

8. "कोशिका कायवेहन" से की गई पहचान कोण विशेष प्रकृति की है। ऐसी या इसका इस की गई प्रजाति या निर्णय गण जनसंख्या आ भुगत ऐसी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवाद है की। "कोशिका कायवेहन" इस निर्णय प्रजाति का कोई प्रजाति नहीं है। इसीलिए इसका नाम ऐसी के द्वारा कुछ और जाने जाने की अर्थ विच्छेदने ऐसी एवं हस्ताक्षर को हंगरी और "कोशिका" की कोई प्रजाति या निर्णय से एक प्रजाति में नहीं होती।

સર્વોન્મુક્તિ જે શિષ્ય સંપન્નહિ

Date of Surgery
ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ ਜੀ ਕਰੋਲ

13/02/23

Dr MAZHARIN KHAN
M.B.B.S.M.S.FICO
U.F.M.C. Reg No 7891

Anurag Mishra
Manager-Administration
H.P.O. (Medical) & State of Authorized Signatory
H.P.O. (Medical) of Hospital
Momenpur, District Deoria, Bihar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक दफ्तरों हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE :
जयसिंह रसाक्षर ।

Erfahrung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम लिखिए 2

Rich